

決 裁		
課 長	係 長	担 当

支給決定	
自己負担限度額	円
確定高額療養費	円

国民健康保険高額療養費支給申請書(平成・令和 年 月診療分)

被保険者証の記号番号						高額区分						
						70歳以上	<input type="checkbox"/> 現Ⅲ	<input type="checkbox"/> 現Ⅱ	<input type="checkbox"/> 現Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ	<input type="checkbox"/> 低Ⅰ
一般		多数該当		<input type="checkbox"/> 該当		70歳未満	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ					

療養を受けた方の 氏名、生年月日及び 世帯主との続柄	氏 名 (続柄)			氏 名 (続柄)			
	生年月日	年	月	日 ( )	生年月日	年	月
	個人番号			個人番号			
ア. 傷病名	別紙レセプトのとおり			別紙レセプトのとおり			
イ. 医療機関名	別紙レセプトのとおり			別紙レセプトのとおり			
ウ. イの病院等で療養を 受けた期間	年 月 日から			年 月 日から			
	年 月 日まで( 日間)			年 月 日まで( 日間)			
エ. ウの期間に受けた療養 に対し、病院等で支払 った一部負担金の額	外 来	円		外 来	円		
	入 院	円		入 院	円		

交通事故等の第三者行為  有 ・  無

上記のとおり申請します。 世帯主 個人番号

令和 年 月 日 住 所

氏 名

横手市長 様 電 話

振 込 先 融 機 関			
銀行	本店	種 別	<input type="checkbox"/> 普 通
金庫	支店		<input type="checkbox"/> 当 座
農協	支所		
<input type="checkbox"/> 座 番 号		フリガナ	
		<input type="checkbox"/> 座 名 義 人	

受 取 代 理 人 の 欄			受 付 印
本請求に基づく給付金の受領を代理人に委託します。			
令和 年 月 日 世帯主氏名			
受 取 代 理 人		住 所	
		氏 名	

来庁者 確 認	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳	確認者
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員( )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他( )	